

УДК 614.2(4)

М. М. БУЛАТОВА (Київ)

ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ДОСВІД: УРОКИ ТА ОРІЄНТИРИ

Національний університет фізичного виховання і спорту України, (Київ)

В статті наводиться аналіз програми, прийнятої Європейським бюро ВООЗ в 2006 р. під назвою «Курс на оздоровлення», в якій заходи, спрямовані на утвердження здорового способу життя, вкладаються в 6 принципів, і на цьому тлі порівнюється стан справ в Україні.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: програма ВООЗ, фізичний фітнес, показники здоров'я.

Ми скорочуємо своє життя своєю нестриманістю, своєю безладністю, своїм потворним ставленням до власного організму
Іван Павлов

В українському суспільстві, як і в парламенті нашої країни, і в структурах її виконавчої влади, далеко не однозначним є ставлення до прагнення України в близькому або більш віддаленому майбутньому вступити в Європейський Союз. У євроінтеграції України є і гарячі прихильники, і не менш завзяті противники, і байдужі до такої перспективи. Хоча, напевно, жити так, як живуть нині в економічно розвинених і соціально благополучних країнах Західної Європи, що входять в ЄС, хотіли б в Україні всі. Як же у нас на це шанси?

Мета: розкрити причини, чому людність периферійних країн Європи, живе на 10-15 років довше, ніж українці.

Матеріали і методи. Проаналізовано програму Європейського регіонального Бюро ВООЗ, прийняту в 2006 році, під назвою «Курс на оздоровлення».

Результати дослідження і їх обговорення. Позиція Євросоюзу стосовно України чітка і зрозуміла — шукати шляхи для внутрішнього розвитку нашої країни та її співпраці зі своїми найближчими сусідами - при доброзичливому ставленні з боку ЄС, але без реальної допомоги з його боку.

Така позиція ЄС є зрозумілою і обґрунтованою. Адже право опинитися в ЄС може бути отримано Україною не на основі гасел і декларацій, а внаслідок конкретних справ, які переконливо засвідчили б, що наша країна за всіма основними параметрами політичного, економічного, соціального та суспільного життя відповідає хоча б нижній межі стандартів, характерних для країн — членів ЄС. Іншими словами, ми повинні будемо довести, що Україна, в разі її приєднання до ЄС, стане там рівноправним і адекватним партнером, а не важким тягарем, і не буде перекладати всі свої проблеми на плечі ЄС.

Однією з дуже важливих проблем, без вирішення яких Україна не може і думати про своє реальне рівноправне місце серед країн, що входять в ЄС, це проблема здоров'я і фізичного потенціалу населення країни - особливо тієї його частини, яка відноситься до працездатної і знаходиться у віковому діапазоні 15-60 років. На жаль, реальна ситуація у нас в Україні зараз в цій сфері набагато гірша, ніж в переважній більшості європейських держав [1, 2].

Всі країни, які віднесені до Європейського регіону ВООЗ, Всесвітня організація охорони здоров'я ділить на три групи. Вони позначаються так: Євр.-А - країни з дуже низькою передчасною смертністю як серед дорослих, так і серед дітей (зараз до цієї групи входять 27 держав); Євр.-В - країни з низькою передчасною смертністю як серед дорослих, так і серед дітей (таких держав нині 16); Євр.-С - країни з низькою смертністю серед дітей і високою передчасною смертністю серед дорослих (до цієї групи віднесені 10 держав). В даний час до цієї градації запропоновано додати ще дві групи: Євр.-Д - країни з високою смертністю серед дітей і дорослих; Євр.-Е - країни з високою дитячою смертністю і дуже високою передчасною смертністю серед дорослого населення. Як не прикро, але Україна нині повинна бути віднесена саме до останньої з перелічених груп, причому в ній наша країна займає одну з найгірших позицій.

Дослідження, проведені європейськими відділеннями ВООЗ та іншими організаціями, свідчать про те, що до хронічних неінфекційних захворювань найбільш схильна саме працездатна частина населення України. У нашій країні від цих хвороб втрачає працездатність і передчасно вмирає в середньому в 4 рази більше людей цієї вікової групи (15-60 років), ніж в країнах, що входять в ЄС. Сьогодні середня тривалість життя в Україні на 11,7 року, а середня тривалість

здорового життя - на 12,4 року менше, ніж в економічно розвинених і соціально благополучних європейських державах. За цими показниками Україна поступається не тільки тим державам Європи, які віднесені до найбільш сприятливої групи Євр.-А, а й країнам груп Євр.-В і Євр.-С, в тому числі Польщі, Словаччини, Угорщини, Боснії і Герцеговині, Білорусі, Туреччини, Вірменії, Албанії, Молдові.

У значної частини населення України до 50-55 років різко знижується життєздатність і життєстійкість, на людей такого віку навалюється тягар хвороб, причому це відбувається у нас на 15-20 років раніше, ніж в європейських державах, віднесених до групи Євр.-А, де чимало людей зберігають високий життєвий тонус і здатність плідно працювати до 75-80-річного віку.

Україна має одні з найгірших в Європейському регіоні показники за впливом серцево-судинних захворювань на здоров'я населення; на цю групу хвороб в нашій країні припадає близько 60% передчасних смертей у віковому діапазоні 15-60 років (тобто тоді, коли людям має бути забезпечене повноцінне здорове життя з мінімумом ризиків). При цьому смертність від серцево-судинних захворювань в нашій країні в середньому на 11% вище, ніж в тих державах, які віднесені до груп Євр.-В і Євр.-С, і в 3,5 рази вище, ніж в країнах групи Євр.-А.

Смертність від хвороб органів дихання все ще залишається в Україні майже вдвічі вищою, ніж в державах групи Євр.-А. Набагато вищі у нас, ніж у більшості європейських країн, і показники смертності через отруєння, вбивства, самогубства, дорожньо-транспортні пригоди, нещасні випадки і т. п.

Варто, мабуть, згадати і про те, що навіть у Сполучених Штатах Америки, де сьогодні ситуація з основними показниками стану здоров'я населення приблизно така ж, як в благополучних європейських країнах, віднесених ВООЗ до групи Євр.-А, тягар витрат на боротьбу з такими хронічними неінфекційними захворюваннями, як серцево-судинні та хвороби опорно-рухового апарату, виявляється занадто важким навіть для державного бюджету США.

Враховуючи інтеграційні процеси, які протягом двох десятиріч років відбуваються в Європі і пов'язані зі зміцненням ЄС як консолідованої спільноти, з прийняттям в нього нових членів і формуванням єдиної політики ЄС у різних сферах, в тому числі і в охороні здоров'я, цілком природно, що саме Європейське регіональне бюро ВООЗ і країни цього регіону, що входять в ЄС, взяли на себе обмін передовим досвідом та доведення його до інших країн.

Європейське регіональне бюро ВООЗ прийняло загальну стратегію боротьби з неінфекцій-

ними захворюваннями і дев'ять конкретних програм з реалізації цієї стратегії, пов'язаних зі створенням умов для здорового способу життя, спрямованих на розвиток міст, транспорту, поліпшення стану навколишнього середовища, продуктів харчування, боротьбу з курінням, популяризацію масового спорту і рухової активності серед дітей, підлітків, людей похилого віку, інвалідів, малозабезпечених громадян і т. д.

Європейська стратегія профілактики і боротьби з неінфекційними захворюваннями була прийнята 11 вересня 2006 року на 56-й сесії Європейського регіонального комітету ВООЗ. У цьому комплексному документі ("Курс на оздоровлення") підкреслюється, що дії, спрямовані на реалізацію наміченої стратегії, повинні ґрунтуватися на наступних шести основних принципах:

- профілактика на всіх етапах життя - це ефективний підхід, і пов'язані з ним витрати слід розглядати як інвестицію в здоров'я і розвиток;
- створення суспільством довкілля, сприятливого для здоров'я людей, що також полегшує вибір здорового способу життя;

- відповідність діяльності служб громадської охорони здоров'я і служб медичної допомоги поставленим перед ними завданням, прийняття адекватних заходів як для боротьби з уже існуючими хворобами, так і для розширення можливостей для зміцнення здоров'я;

- надання людям можливостей, що дозволяють їм зміцнювати здоров'я, ефективно взаємодіяти з медичними службами та активно брати участь у прийнятті рішень щодо лікування і контролю своєї хвороби;

- загальна доступність можливостей для зміцнення здоров'я, профілактики хвороб та отримання медичної допомоги - це найважливіша умова забезпечення справедливості стосовно здоров'я;

- відповідальність уряду на всіх рівнях за вироблення державної політики, що враховує інтереси охорони здоров'я населення, і за прийняття належних заходів у всіх відповідних секторах.

У матеріалах Європейського регіонального бюро ВООЗ наголошується, що рівень фізичної активності людей знаходиться під впливом штучного і природного середовища проживання, соціального оточення, а також низки індивідуальних факторів, таких як: стать, вік, фізичні можливості, наявність вільного часу та мотивації. Те, як люди будують міста, планують міське середовище і якою мірою забезпечують близькість до природних ландшафтів, може служити або стимулом, або перешкодою для реалізації фізично активного способу життя. Є й бар'єри іншого роду, які обумовлені тим соціальним середовищем, в якому люди живуть, навчаються, працюють, відпочивають.

Європейське регіональне бюро ВООЗ також констатує, що стимулювання фізичної активності є одним з ключових компонентів будь-якої стратегії, націленої на розв'язання проблем, що породжуються малорухомим способом життя людей і ожирінням серед дітей і дорослих. Підкреслюється, що фізично активний спосіб життя сприяє поліпшенню індивідуального фізичного та психічного здоров'я, сприяє зміцненню соціальної згуртованості всього співтовариства та підвищенню його добробуту [3].

Слід враховувати і те, що можливості для фізичної активності аж ніяк не обмежені спортом і організованими формами активного відпочинку, а існують всюди, де люди живуть і працюють, в навчальних закладах та медичних установах, поряд з будинком і т. д. Наприклад, у програмі Європейського бюро ВООЗ "Здоров'я міста і міське управління" увагу зосереджено на тому, яким чином місцеві органи державного управління, здійснюючи міське планування в інтересах здоров'я населення, можуть сприяти розширенню і поліпшенню можливостей людей в реалізації фізично активного способу життя. Можна згадати й такі концептуальні документи ВООЗ і її Європейського відділення, як "Рух за здоров'я", "Фізична активність і здоров'я в Європі", "Здоров'я дітей та навколишнє середовище", "Глобальна стратегія ВООЗ в галузі раціону і режиму харчування, фізичної активності та здоров'я", "Дії громадської здоровоохорони з метою поліпшення здоров'я дітей та всього населення", "Сприяння фізично активному способу життя в міських умовах. Роль місцевих органів влади" і ряд інших.

Як бачимо, політика ВООЗ та країн, які активно займаються вирішенням проблеми зміцнення здоров'я людей, підвищенням якості та тривалості їх життя, розкриває негативні наслідки найнебезпечнішої помилки, вкоріненої в нашій країні, згідно з якою все те, що пов'язане зі здоров'ям людей, формуванням відповідної політики та практики, дано на відкуп одному відомству і не є сферою інтересів усього суспільства. Що ж до Міністерства охорони здоров'я України, то, як свідчить практика минулого десятиліття, воно виявилось не в змозі не тільки вирішити проблему, але навіть привернути до неї увагу суспільства і керівництва країни.

Зрозуміло, що Європейська стратегія профілактики і боротьби з неінфекційними захворюваннями і сформовані на основі цієї стратегії програми - відображення результатів багаторічних фундаментальних і прикладних наукових досліджень, розпочатих ще в 60-70-их роках ХХ століття і спрямованих на зміцнення здоров'я населення, запобігання захворюванням, збільшення тривалості життя її здорової части-

ни, а також підсумок узагальнення передового європейського та світового досвіду.

Саме в 60-і роки минулого століття з'явився і став широко розповсюдженим термін *фізичний фітнес*, під яким розуміється стан фізичного благополуччя людини, що дозволяє йому енергійно, без втоми виконувати завдання в повсякденному житті і забезпечує мінімізацію факторів ризику для здоров'я, пов'язаних з недостатньою фізичною активністю. Таке трактування терміну *фізичний фітнес* багато в чому визначила шляхи розвитку теорії та методики використання рухової активності в системі фізичного виховання людей і зумовила тісний взаємозв'язок завдань, засобів і методів рухової діяльності з факторами профілактики тих чи інших захворювань (серцево-судинних, онкологічних, діабету, остеопорозу, депресії та ін.) з урахуванням вікових, статевих та інших індивідуальних особливостей конкретної людини, стану її здоров'я і можливостей різних функціональних систем організму.

У структурі фізичного фітнесу були виділені різні фактори, які є найбільш значущими для профілактики хронічних неінфекційних захворювань та забезпечення високої фізичної життєздатності людей. Серед цих чинників такі, як: можливості серцево-судинної системи і витривалість до роботи аеробного характеру, маса тіла, співвідношення м'язової, кісткової і жирової тканин; щільність кісткової тканини, силові можливості, гнучкість, здатність до розслаблення і релаксації.

Відповідно до цього почала формуватися (перш за все, в економічно розвинутих та соціально благополучних країнах) система знань і практичної діяльності, орієнтована на досягнення високого рівня фізичного фітнесу, а засобом! досягнення цього стала науково обґрунтована рухова активність. У всій спеціальній літературі по фізичному вихованню і руховій активності така ситуація зумовила систематизацію наукових знань, їх розширення, поглиблення і прикладне використання, в тому числі в галузі теорії та методики розвитку різних фізичних якостей і можливостей функціональних систем людського організму, визначення нормативів фізичної підготовки, розробки ефективних і достовірних систем тестування. Не менш важливим наслідком такого підходу виявилось те, що рухова активність була подана у вигляді хоч і основного, але все ж далеко не єдиного, а одного з декількох компонентів здорового способу життя, в числі яких відмова від куріння, розумний підхід до вживання алкогольних напоїв, раціональне харчування і відсутність надмірної маси тіла, широке використання добродійних природних факторів та ін.

Всім цим було зумовлено принципову відмінність розвитку характерної, в основному, для економічно розвинених і соціально благо-

получних країн, системи рухової активності населення, орієнтованої на досягнення високого рівня фітнесу, від десятиліттями вкорінюваної у нас системи фізичного виховання, орієнтованої на різнобічний фізичний розвиток і фізичну підготовленість до трудової, військової та інших видів діяльності, на здачу нормативів комплексу "Готовий до праці й оборони" (ГПО). Реалізація такої державної політики виявилася виключно в сферах військового (допризовна підготовка) і спортивного (змагальний спорт) відомств - у відриві від завдань охорони здоров'я, профілактики захворювань, формування здорового способу життя та ін

Після здобуття Україною в 1991 році незалежності політика держави в цих сферах практично не змінилася. Варто зазначити, що в деяких документах, що визначають стратегію розвитку галузі "Фізичне виховання і спорт" в Україні, які були прийняті в період 1998-2006 років, визначена роль рухової активності населення та масового спорту як важливої складової частини здорового способу життя, зміцнює здоров'я населення країни. Однак ці документи не були підкріплені реальною практичною діяльністю, що вимагає узгодженої комплексної роботи різних структур державного і приватного секторів, які діють в сферах освіти, виховання, охорони здоров'я, використання трудових ресурсів, транспорту, фізичного виховання та спорту, міського планування, екології, і в силу цього носять суто декларативний характер. Не розвивається належним чином і система підготовки спеціалістів сфери фізичного виховання та масового спорту. Навчальні плани і програми переважної більшості вищих і середніх спеціальних навчальних закладів, що готують в нашій країні фахівців такого профілю, як і раніше спираються на стереотипи, визначені теорією і практикою фізичного виховання СРСР, і на прийняті в Україну в 1996 році державні тести і нормативи з фізичної підготовленості (по суті своїй є погіршеним варіантом комплексу ГПО), які були визначені як програмно-нормативні основи вітчизняної системи фізичного виховання і практично узаконили застосування в ній віджилих цільових установок, форм і методів роботи. Державною програмою "Фізичне виховання - здоров'я нації" була передбачена кардинальна переробка програмно-нормативних основ фізичного виховання і згаданих державних тестів. Однак це питання не вирішене й донині.

Не хотілося би думати, що у відповідних державних структурах України не знайомі з програмами Європейського бюро ВООЗ, які регулярно розсилаються цією міжнародною організацією по всіх країнах регіону в якості рекомендацій

до дії. Але доводиться констатувати, що в нашій державі ці програми так і не стали інструментом для конкретної діяльності.

У різних європейських країнах, їх провінціях, областях і містах реалізуються різноманітні програми, спрямовані на сприяння здоровому способу життя населення, включаючи підвищення його рухової активності, створення необхідної для цього матеріально-технічної бази, проведення широких пропагандистських та інших заходів. Згадаємо тут лише деякі напрямки таких численних програм.

- Планування міст і розвиток їх транспортної системи, припускає першочергове створення в них умов для пішоходів, для громадян, що пересуваються на велосипедах, і для людей з порушеннями рухових функцій. Далі йде мережа міського громадського транспорту, комерційного та промислового. Заключне місце в цьому переліку пріоритетності займає особистий транспорт (приклад - місто Йорк у Великобританії).

- Вулиці для життя: мова йде про широке використання вуличного простору для пішоходів і створення умов (клумби, дерева, зони паркування і т. д.), при яких автомобілі на таких вулицях можуть пересуватися лише зі швидкістю пішоходів (Німеччина, Нідерланди, деякі країни Північної Європи).

- Створення в містах спеціальних умов, сприятливих для пішоходів: сполученість вуличної мережі, дорожня безпека, безпека щодо злочинності, розміщення різних життєво важливих нежитлових об'єктів (магазинів, закладів побутового обслуговування, кінотеатрів і т. д.), змішане використання територій та ін.

- Планування мікрозон, призначених для найпростіших форм рухової активності населення (з доріжками для бігу та ходьби, тренажерами і т. д.).

- Спеціальні програми рухової активності для малозабезпечених громадян (з використанням найпростіших спортивних споруд, фінансуванням епізодичного проходження людьми зі згаданої категорії курсів в сучасних оздоровчо-спортивних комплексах і т. д.).

- Створення спеціальних умов для виховання собак (так як встановлено, що їх власники приділяють ходьбі вдвічі більше часу в порівнянні з людьми, які не мають собак).

- Створення особливих умов для певних груп людей - дітей, літніх людей, інвалідів. Наприклад, в деяких містах Норвегії реалізується проект "Дитяча стежка", відповідно до якого дітям надана можливість самим позначити на карті міста важливі для них місця, які вони звикли відвідувати. З урахуванням цього плануються наскрізні проходи, ігрові зони, майданчики для занять спортом

і т. д. У Римі та деяких інших містах Італії реалізується програма "Пішохідний шкільний автобус".

- Створення спеціальних парково-оздоровчих зон. Приміром, в одному з найбільших міст Італії - Мілані - створюється "зелений пояс", що з'єднує ряд парків і відкритих просторів, де здійснюється інтенсивне озеленення, і створюються умови для активного відпочинку та масового спорту.

- Створення спеціальних оздоровчих таборів для дітей, які страждають ожирінням (наприклад, у Чеській Республіці). В таких оздоровчих таборах передбачено особливий режим харчування і використання різних форм рухової активності.

- Комплексні програми підвищення рухової активності жителів міст. Приміром, у столиці Данії - Копенгагені - реалізується програма "Місто в русі", в якій виділено три напрямки – інформаційно-освітнє, створення умов, стимулювання дій.

- У провінції Лімбург, розташований на південному сході Нідерландів, реалізується програма "Пулс Лімбурга", спрямована на профілактику серцево-судинних захворювань. В основу програми покладено істотне збільшення рухової активності населення, зниження споживання жирів і відмова від паління. Тільки за п'ять років реалізації цієї програми в Лімбурзі було проведено близько тисячі різних акцій, половина з яких була пов'язана зі збільшенням рухової активності (масові заходи, створення клубів любителів ходьби, велосипедного спорту, плавання і т. д.).

- В Нордланді (Норвегія) з 2004 року реалізується програма, що охоплює 210 шкіл і націлена на щоденну (не менш ніж 60-хвилинну) фізичну активність школярів. Кожна з шкіл, які беруть участь в цій програмі сформувала власні плани з урахуванням наявних ресурсів і інших можливостей.

- У місті Квасіце (Чеська Республіка) щорічно проводиться місячник "Пішки до школи". Цей місячник включає також щосуботні піші прогулянки та екскурсії школярів по різних історичних містах. При цьому одночасно вирішуються оздоровчі, освітні та виховні завдання.

- У низці європейських країн (наприклад, у Швеції) владою і суспільством досить успішно реалізується цілеспрямована політика, орієнтована на обмеження торгівлі алкогольними напоями та тютюновими виробами (шляхом істотного підвищення цін на ці товари, звуження сфер їх продажу, створення такого громадського мікроклімату, в якому куріння і споживання алкогольних напоїв стають неprestижними, і т. п.).

- У Великобританії, на ділі реалізуючи турботу про повноцінне харчування підростаючого поко-

ління, держава забезпечує всім дітям в школах цієї країни щодня по 400 грамів овочів і фруктів.

- У Фінляндії ефективна робота, спрямована на усунення факторів ризику виникнення серцево-судинних захворювань, дозволила протягом 20 років знизити на 80% передчасну смертність від ішемічної хвороби серця. Аналогічна програма, реалізована протягом 15 років в Ірландії, привела до зниження смертності більш ніж на 48%. При цьому і в Фінляндії, і в Ірландії, як і в низці інших країн, вирішенню згаданих проблем багато в чому сприяло широке використання різних форм рухової активності та популяризація серед населення здорового способу життя.

- Подібні проблеми довелося вирішувати і у Великобританії. Там, як свідчить офіційна статистика, економічні втрати, викликані фізичною інертністю населення і відсутністю хворих людей на робочих місцях, становили 1,9 млн. фунтів стерлінгів на рік. Збільшення рівня рухової активності британців всього лише на 10% допомогло суттєво знизити захворюваність і зменшити смертність приблизно на 6000 осіб на рік.

Аналогічним чином посилення уваги до використання різних засобів рухової активності населення дало можливість істотно поліпшити в Великобританії ситуацію з остеопорозом і пов'язаними з цим захворюванням травмами - зокрема, з особливо частими у літніх людей переломами стегнових кісток. За рахунок підвищення рухової активності цього контингенту населення країни вдалося помітно знизити захворюваність остеопорозом і зменшити кількість згаданих травм. Це принесло, крім оздоровчого та соціального ефекту, ще й істотну фінансову економію: адже лікування людей з такими хворобами і викликаними у них травмами обходилося бюджету британської національної служби охорони здоров'я, в середньому, по 1,7 млрд. фунтів стерлінгів на рік.

Подібні програми успішно реалізуються не тільки в країнах Європи, а й в інших регіонах планети. Наприклад, у столиці Колумбії - Боготі (населення 8 млн. осіб) - у центральній частині цього міста виділена велика (площею 900 гектарів) паркова зона з відповідною інфраструктурою, призначена для масового спорту та відпочинку з використанням різних форм і засобів рухової активності. В одному з найбільших міст Бразилії - Ріо-де-Жанейро - виділена зона (площею 200 гектарів), що простягнулася по всій багатокілометровій пляжній смузі океанського узбережжя і призначена для рухової активності та масового спорту. Для аналогічних цілей на Кубі створена мережа найпростіших спортивних споруд та зон масового активного відпочинку.

У порівняно невеликому (населення близько 700 тис. осіб) місті Дебрецені в Угорщині за останні 10 років створена більш широка і краще оснащена мережа спортивних споруд, ніж все, що існує в цій сфері у нас в набагато більшому місті Києві.

У той час як у багатьох державах Європи та інших континентів розроблені і успішно виконуються комплексні програми, націлені на підвищення рухової активності населення та реалізацію інших факторів оздоровчо-профілактичної діяльності, яка за короткий час приводить до вражаючих позитивних результатів і в неї залучено безліч міст, у нас в Україні і, зокрема, в її столиці Києві життєві реалії в цьому відношенні мають спрямованість, прямо протилежну передовому світовому досвіду.

Повітря у Києві отруюється вихлопними газами сотень тисяч автомо-білів, що посилюється непродуманою і погано організованою інфраструктурою, яка постійно породжує транспортні затори. З вуличних тротуарів витісняються пішоходи, а їх місце (особливо в центральній частині міста) займають автомашини, які стоять на тротуарах.

У Києві відбувається неухильне скорочення зон масового відпочинку, парків та скверів з інтенсивним, зведенням на їх місці житлових і офісних комплексів, торгових центрів і розважальних закладів. Наприклад, у прибережній зоні в урочищі Наталка поблизу Дніпра - у затоки, до якої виходять квартали одного з найбільших в нашій столиці житлового масиву Оболонь, замість спочатку запланованих там раніше парку та стадіону виросли численні корпуси висотних житлових будинків.

Аналогічні процеси антиекологічної спрямованості відбуваються і в оточуючій Київ лісопарковій зоні - зокрема, в Пущі-Водиці, Кончі-Заспі та деяких інших популярних місцях, які здавна були зеленими зонами оздоровлення та відпочинку жителів столиці України.

Не припиняється в Києві і прагнення "освоїти" таким чином різноманітні здавна улюблені місця масового відпочинку киян - на Трухановому острові, Чорторії, на ділянці дніпровських схилів уздовж набережної від Поштової площі до моста імені Є. О. Патона, на Жуковому острові і в

ряді інших місць. Раз за разом робляться спроби "проштовхнути" проекти забудови цих територій, які є "зеленими легенями" нашої столиці.

В результаті такої практики, Київ, який ще 15 - 20 років тому був одним із самих зелених і чистих міст світу, в останні роки все більше і більше стає небезпечним для життя киян і для міської природи.

Настільки ж небезпечна широка реклама в Україні алкогольних напоїв та тютюнових виробів, що активно ведеться з бігбордів, в пресі і по телебаченню, а також непомірна реклама всіляких лікарських препаратів, неконтрольоване застосування яких може призвести до багатьох прикросів для здоров'я і життя людей. Все це несумісне з вирішенням завдань по формуванню здорового способу життя населення.

Хоча в останні роки в Україні з'явилися й нині функціонують чимало всіляких фітнес-клубів і фітнес-центрів, які набувають все більшої популярності, проте не секрет, що все це стало наслідком аж ніяк не державної політики, а приватних ініціатив заповзятливих людей.

Висновок.

Різні аспекти великої комплексної проблеми, розглянуті в цій статті, переконують в тому, що, на жаль, сьогодні в Україні, при всіх заявлених на самих різних рівнях владних структур нашої держави деклараціях про наміри щодо турботи про здоров'я населення країни, реально робиться дуже мало, бо відсутня єдина державна політика в цій важливій сфері і немає комплексної програми, спрямованої на вирішення оздоровчо-профілактичних завдань у масштабах країни. Формувати таку політику і програму на загальнодержавному рівні потрібно негайно, оскільки зволікання призведе до подальшого поглиблення і без того гострої і важкої ситуації. Для оптимального вирішення цих завдань в Україні безсумнівно стане в нагоді багатий і різноманітний позитивний досвід, накопичений в розвинутих країнах Європейського Союзу та інших державах.

Перспективи подальших досліджень полягають в подальшому моніторингу рівня здоров'я жителів України, який би відповідав вимогам Євросоюзу.

Список літератури

1. *Оцінка виконання Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки: [монографія] / за ред.. В.М. Пономаренка. - К., 2006. - 204 с.*
2. *Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я в Україні 2005 р. Київ, МОЗ, 2006. - 276 с.*
3. *Health systems topics [Електронний документ]. - URL : <http://www.who.int/healthsystems/topics/en/index.html>. - Title from screen.*

ЕВРОПЕЙСКИЙ ОПЫТ: УРОКИ И ОРИЕНТИРЫ

М. М. Булатова (Киев)

В статье приводится анализ программы, принятой Европейским бюро ВОЗ в 2006 г. под названием «Курс на оздоровление», в которой меры, направленные на утверждение здорового образа жизни, вкладываются в 6 принципов, и на этом фоне сравнивается состояние дел в Украине.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: программа ВОЗ, физический фитнес, показатели здоровья.

EUROPEAN EXPERIENCE: LESSONS AND DIRECTIONS

N. N. Bulatova (Kiev)

The article presents an analysis of the program adopted by the European office of WHO in 2006 called "The course of recovery," which measures aimed at establishing a healthy lifestyle and fit into six principles, and against this background compared to the situation in Ukraine.

KEY WORDS: WHO program, physical fitness, health indicators.

Рецензент: д-р мед. наук, проф.. О.М. Голяченко